



**CERTIFICATO RELATIVO ALLA TOTALIZZAZIONE DEI PERIODI DI ASSICURAZIONE, DI OCCUPAZIONE O DI LAVORO AUTONOMO OPPURE RELATIVO AI CASI DI LAVORO SUCCESSIVO IN PIÙ STATI MEMBRI, FRA LE DATE DI PAGAMENTO PREVISTE DALLA LEGISLAZIONE DI TALI STATI**

Reg. 1408/71: art. 12; art. 72  
Reg. 574/72: art. 80; art. 85,2; art. 3

Il presente modulo è rilasciato su richiesta dell'assicurato. L'istituzione competente, se del caso, si rivolge per ottenerlo all'istituzione presso la quale l'assicurato era iscritto da ultimo.

**A. Da compilarsi a cura dell'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari**

1.	<input type="checkbox"/> Lavoratore subordinato	<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/> Disoccupato	
1.1.	Cognome <sup>(1bis)</sup> .....			
1.2.	Nomi .....	Cognomi precedenti <sup>(1bis)</sup> .....	Luogo di nascita <sup>(2)</sup> .....	
1.3.	Data di nascita .....	Sesso .....	Nazionalità .....	Numero d'identificazione/assicurazione <sup>(3)</sup> .....
1.4.	Stato civile	<input type="checkbox"/> celibe/nubile	<input type="checkbox"/> coniugato/a	<input type="checkbox"/> vedovo/a
		<input type="checkbox"/> divorziato/a	<input type="checkbox"/> separato/a	<input type="checkbox"/> convivente <sup>(4)</sup> <sup>(5)</sup>
1.5.	Indirizzo <sup>(6)</sup> .....			

2.	Persona che dovrebbe ricevere le prestazioni familiari			
2.1.	Cognome <sup>(1bis)</sup> .....			
2.2.	Nomi .....	Cognomi precedenti <sup>(1bis)</sup> .....	Luogo di nascita <sup>(2)</sup> .....	
2.3.	Data di nascita: .....	Sesso .....	Nazionalità .....	Numero di identificazione/assicurazione <sup>(3)</sup> .....
2.4.	Indirizzo <sup>(6)</sup> .....			

3.	Periodo per il quale sono richieste le informazioni			
3.1.	Da .....	a .....		
3.2.	Nome e indirizzo del datore di lavoro <sup>(7)</sup> .....			
3.3.	Tipo di lavoro autonomo <sup>(7)</sup> .....			

4.	Istituzione cui era iscritto l'assicurato in precedenza per un lavoro subordinato o autonomo			
4.1.	Denominazione .....			
4.2.	Indirizzo <sup>(6)</sup> .....			

5.	Istituzione del luogo di residenza dei familiari			
5.1.	Denominazione .....			
5.2.	Indirizzo <sup>(6)</sup> .....			

6. Istituzione cui l'assicurato è iscritto attualmente

6.1. Denominazione .....

6.2. Indirizzo (6) .....

6.3. Numero di riferimento della pratica .....

6.4. Timbro

6.5. Data .....

6.6. Firma .....

B. Dovrà essere compilato dall'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari alla quale l'assicurato era iscritto in precedenza

7.

7.1. Si certifica che la persona di cui al punto 1 è stato/a assicurato/a dal ..... al ..... (8) .....

7.2. In (9) .....

7.3.  Ha diritto  Non ha diritto a prestazioni familiari

7.4. Gli sono state corrisposte prestazioni familiari dal..... al .....

7.5. Familiari per i quali sono state corrisposte prestazioni familiari

7.5.1. Cognome	Nomi	Data di nascita	Importo mensile
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

7.5.2. Vi è stato adeguamento di importi? .....

8. Istituzione cui era iscritto in precedenza l'assicurato, in quanto lavoratore subordinato o autonomo

8.1. Denominazione .....

8.2. Indirizzo (6) .....

8.3. Timbro

8.4. Data .....

8.5. Firma .....

9. Osservazioni: .....

ISTRUZIONI

Si prega di compilare il modulo in stampatello, scrivendo solo sulle linee tratteggiate. Esso è costituito da tre pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata, anche qualora non contenga alcuna indicazione.

NOTE

- (1) Sigla del paese in cui è situata l'istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FI = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.
- (1<sup>bis</sup>) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.  
Per i cittadini portoghesi, indicare le generalità complete (nomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto. Per l'Italia indicare il cognome da nubile.
- (2) Per il Portogallo, indicare anche la parrocchia e il comune.
- (3) Se il modulo è destinato a un'istituzione ceca, indicare il numero di nascita; se destinato a un'istituzione cipriota, il numero cipriota di identificazione per un cittadino cipriota o il numero di certificato di registrazione stranieri (ARC) per un cittadino straniero; per un'istituzione danese, indicare il numero CPR; per un'istituzione finlandese, indicare il numero di registro demografico; per un'istituzione svedese indicare il numero personale (personnummer); per un'istituzione islandese, indicare il numero di identificazione personale (kennitala); per un'istituzione del Liechtenstein, indicare il numero di assicurazione AHV; per un'istituzione lituana indicare il numero di identificazione personale; per un'istituzione lettone indicare il numero di identità; per un'istituzione ungherese, indicare il numero TAJ (identificazione assicurazione sociale); per un'istituzione maltese, indicare il numero di carta d'identità per un cittadino maltese oppure il numero di sicurezza sociale maltese per un cittadino non maltese; per un'istituzione norvegese, indicare il numero di identificazione personale (fødselsnummer); per un'istituzione belga, indicare il numero nazionale di sicurezza sociale (NISS); per un'istituzione tedesca del regime generale assicurazione pensionistica, indicare il numero di assicurazione (VSNR); per un'istituzione spagnola, indicare il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (DNI) o N.I.E nel caso di cittadini stranieri, anche se la carta non è più valida; per un'istituzione polacca, indicare i numeri PESEL e NIP; per un'istituzione portoghese, indicare inoltre il numero di registrazione nel regime generale pensionistico, ove la persona interessata sia stata assicurata nel quadro del regime di sicurezza sociale per i dipendenti pubblici in Portogallo; per un'istituzione slovacca, indicare il numero di nascita; per un'istituzione slovena, indicare il numero di identificazione personale (EMŠO) e il numero fiscale; per un'istituzione svizzera, indicare il numero di assicurazione AVS/AI (AHV/IV); per un'istituzione italiana indicare il codice fiscale.
- (4) Per le istituzioni della Repubblica ceca, della Danimarca, dell'Islanda e della Norvegia.
- (5) Questa informazione si basa su una dichiarazione della persona interessata.
- (6) Via, numero, codice postale, località, Stato.
- (7) Per il periodo che precede la data in cui il lavoratore si è trasferito nello Stato membro alla legislazione del quale è attualmente soggetto.
- (8) a) Per le istituzioni greche, indicare il numero di giornate di lavoro maturate nell'anno che precede l'anno in cui sono chieste le prestazioni familiari.  
b) Per le istituzioni belghe, indicare qui appresso il numero di giornate di lavoro subordinato e autonomo:

numero di giorni come lavoratore subordinato: ..... numero di giorni come lavoratore autonomo: .....
---

c) Ad uso delle istituzioni francesi si indichino nella seguente rubrica il numero di giorni e ore di lavoro subordinato, nonché la retribuzione lorda:

	Numero di giorni di lavoro subordinato	Numero di ore di lavoro subordinato	Reddito lavorativo lordo
Reddito lavorativo mese			
Negli ultimi tre mesi			
Negli ultimi sei mesi			

(9) Stato in cui l'attività in questione è stata esercitata.

\_\_\_\_\_